



Acromegalia ed Ipertensione



Bari,
7-10 novembre 2013

Bruno Raggiunti
P.O. di Atri
U.O. di Endocrinologia

Bari, 9 Novembre 2013

Acromegalia: la storia



Bari,
7-10 novembre 2013



La storia e le leggende raccontano spesso di giganti. Vedendo le loro immagini non si può non cogliere la somiglianza con gli acromegalici.



Acromegalia: la storia



Bari,
7-10 novembre 2013



Il primo a descrivere in modo completo un caso di acromegalia è stato Andrea Verga, nel 1864. La definì “Prosopectasia”.



Acromegalia: la storia



Bari,
7-10 novembre 2013

- Nel 1886 Pierre Marie riconosceva tale patologia come sindrome clinica e coniava il termine di Acromegalia.
- Nel 1900 Harvey Cushing identificava in un allora sconosciuto fattore ipofisario la causa della sindrome.
- Nel 1927 affermava che si trattava di un adenoma ipofisario.



Acromegalia : incidenza



Bari,
7-10 novembre 2013

L'acromegalia ha una incidenza annuale stimata intorno ai 3-4 casi per milione e una prevalenza intorno ai 40-70 per milione di persone.

F:M=1.4:1





Acromegalia



Bari,
7-10 novembre 2013

Nel 99% dei casi l' aumentata produzione del GH è sostenuta da un adenoma ipofisario GH secernente, che rappresenta circa il 25% di tutti gli adenomi ipofisari.

Acromegalia: segni e sintomi



- Ingrossamento estremità 98%
- Visceromegalia 90%
- Gozzo 80%
- Artrosi 76%
- Cute oleosa 70%
- Diastasi dentaria 65%
- Ipertensione arteriosa 50%
- Intolleranza carboidrati 50%
- Irsutismo 50%
- Diabete 43%
- Deficit campimetrico 10%





Acromegalia: segni e sintomi



Bari,
7-10 novembre 2013

- Restringimento scarpe 88%
- Restringimento anello 87%
- Artralgie 80%
- Iperidrosi e seborrea 68%
- Modificazione dei lineamenti 75%
- Cefalea 60%
- Problemi masticatori 55%
- Sleep apnea 52%
- Irregolarità mestruale 50%
- Astenia 35%
- Ridotta potenza 30%
- Tunnel carpale 28%





Acromegalia: flow chart



Bari,
7-10 novembre 2013

Sospetto Diagnostico

GH, IGF₁
nella norma

GH, IGF₁ ↑

Diagnosi esclusa

OGTT x
GH + IGF₁

GH > 1mcg/L e IGF₁ ↑

Diagnosi confermata

> RMN



Acromegalia : complicanze



Bari,
7-10 novembre 2013

Posta la diagnosi è fondamentale valutare le complicanze, soprattutto quelle cardiovascolari. Gli acromegalici hanno in generale un aumento della mortalità pari al 1.6-3.3 quella della popolazione generale



Acromegalia : complicanze



Bari,
7-10 novembre 2013

L' aumento della mortalità è dovuto ad eventi cardio e cerebrovascolari (50-60%), disordini respiratori (6-25%), patologia tumorale (9-24%) e solo in minima parte alla massa tumorale ipofisaria.



Acromegalia : complicanze



Bari,
7-10 novembre 2013

L'ipertensione arteriosa è considerata uno dei più importanti fattori prognostici negativi per la mortalità nei pazienti acromegalici.



Le complicanze cardiovascolari



Bari,
7-10 novembre 2013

- Aumento della gittata cardiaca
- Aumento volume plasmatico
- Aumento del Na^+ scambiabile
- Aumentato riassorbimento del Na^+ dovuto al GH
- Sistema renina-angiotensina
- Sistema adrenergico
- Iperinsulinemia e diabete
- Disfunzione endoteliale



Acromegalia: Studio Cometa



Bari,
7-10 novembre 2013

Studio

COM orbidity

130

E valuation

T reatment in

27

A cromegaly



Acromegalia: Studio Cometa



Bari,
7-10 novembre 2013

1. Quale percentuale di pazienti acromegalici che si rivolgono al vostro centro è affetto da ipertensione?
 - **36-50% dei acromegalici presentano ipertensione arteriosa**
2. Quali indagini strumentali sono usate nel vostro centro per fare diagnosi di ipertensione?
 - **54%: monitoraggio della PA ambulatoriale**



Acromegalia: Studio Cometa



Bari,
7-10 novembre 2013

3. Quali accertamenti sono in genere richiesti nel vostro centro per il paziente acromegalici con ipertensione?
 - Ecocardio 96%, doppler TSA 63.5%, profilo lipidico 83.3%, catecolamine 32.5%.

4. Chi prescrive la terapia antiipertensiva al paziente acromegalico nel vostro centro?
 - Endocrinologo 71.4%, cardiologo 29%, medico di base 8%



Acromegalia: Studio Cometa



Bari,
7-10 novembre 2013

5. Ci sono altre comorbidità che vanno ad influenzare il trattamento antiipertensivo nel paziente acromegalici?

- Diabete 79.4%, ipertrofia cardiaca 63%, aritmia 53%

6. Quale percentuale di pazienti a. sembra avere un'ipertensione controllata già mediante trattamento con analoghi della somatostatina?

- 38%



Acromegalia: Studio Cometa



Bari,
7-10 novembre 2013

7. È importante il controllo della PA nel paziente con acromegalia?

- 83.3%

8. Quale antiipertensivo è considerato il farmaco di prima scelta nel paziente acromegalico?

- ACE e gli inibitori dei recettori dell' angiotensina (ARB) 62%, β -bloccanti e calcio antagonisti 5%.



Acromegalia: Studio Cometa



Bari,
7-10 novembre 2013

9. Il follow-up in genere viene pianificato?
10. Quali indagini strumentali o di laboratorio sono di primaria importanza durante il follow-up del paziente acromegalico con ipertensione?



Acromegalia : conclusioni



Bari,
7-10 novembre 2013

Conclusioni COMETA

- Rilevanza clinica dell' I.A. nell' Acromegalia
- Prevalenza dell' I.A. > 50%
- Utilizzo dell' Holter pressorio per la diagnosi
- Gestione diretta della I.A. e della I. ventricolare
- Gestione del Cardiologo per le aritmie ed insufficienza cardiaca congestizia
- Doppler del TSA alla diagnosi
- Profilo lipidico, glicemia, HbA_{1c}



Acromegalia : conclusioni



Bari,
7-10 novembre 2013

- Incerto effetto del controllo dell'asse GH/IGF₁ con gli analoghi sui livelli della PA
- Utilizzo degli ACE inibitori e degli inibitori dei recettori dell'angiotensina (ARB)
- Follow-up: profilo lipidico, glicidico, ecocardiogramma, holter pressorio annuale e misurazioni della PA ogni 3 mesi.



Acromegalia: consigli



Bari,
7-10 novembre 2013

- Monitoraggio PA con Holter
- Ecocardiogramma
- Ecodoppler TSA
- Visita Cardiologica + ECG
- ECG da sforzo
- Polisonnografia
- Ecografia tiroide
- Ecografia pelvica (>40 anni)
- Ecografia prostata
- Pancolonscopia (>40 anni)
- Mammografia (>50 anni)
- MOC o QUS



Acromegalia: consigli



Bari,
7-10 novembre 2013

- Glicemia
- HbA_{1c}
- OGTT
- Colesterolo Totale
- Colesterolo HDL
- Trigliceridi





Bari,
7-10 novembre 2013

Grazie per l' attenzione

G. Fiore, A. Franchi, S. Filipponi